FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965. **THÈSE** N° 643

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Nelly, Claude GENIN née NAHON

le 4 novembre 1928 à Paris (12e)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 1965

A PROPOS D'UN CAS DE TUMEUR BENIGNE DE LA PAROTIDE CHEZ LE NOUVEAU-NE.

Président : Monsieur LAURENCE, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965. # THÈSE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Nelly, Claude GENIN née NAHON

le 4 novembre 1928 à Paris (12e)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS D'UN CAS DE TUMEUR BENIGNE DE LA PAROTIDE CHEZ LE NOUVEAU-NE.

Président : Monsieur LAURENCE, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hotel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpetrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopedique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopedique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Genetique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynecologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanees et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encephale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies metaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpetrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques medicales	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Broussais	LENÈGRE (J.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hotel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pediatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique medicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
— — (Cochin)		OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pediatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		DECHAUME (M.)
Clinique therapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique therapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique		JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bacteriologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) GROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (R.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C. pr. s. ch. TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534910_0020

A ma Mère et à mon Père

Je dédie ce travail réalisant ainsi un voeu qui leur est cher. Avec mon affection et toute ma reconnaissance pour ce qu'ils ont fait pour moi.

A mon Mari

Avec toute ma tendresse.

A mes Enfants

A ma Belle-Mère

Qui m'a toujours aidée ; qu'elle en soit remerciée.

A mon Beau-Père.

A mes Beaux-Frères et à mes Belles-Soeurs.

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur LAURENCE

Qui m'a fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il soit assuré de nos sentiments respectueux.

A Monsieur le Docteur M. BOUREAU

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui m'a proposé le sujet de cette thèse.

Avec nos sincères remerciements.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

DANS LES HOPITAUX

A Monsieur le Professeur J. QUENU

A Monsieur le Professeur A. DOMART

A Monsieur le Professeur R. DEGOS

A Monsieur le Professeur P. MOLLARET

A Monsieur le Professeur BASTIN.

A Monsieur le Professeur CATHALA

A Monsieur le Professeur LELONG

A Monsieur le Professeur Agrégé VIALATTE

A Monsieur le Professeur Agrégé ROSSIER

A Monsieur le Professeur Robert LAPLANE

Avoir passé une année dans votre service a été pour moi une grande source d'enrichissement et je vous en suis reconnaissante.

A Monsieur le Docteur Antoine LAPORTE

Votre enseignement restera toujours présent à ma mémoire.

Soyez-en remercié.

INTRODUCTION

La pathologie tumorale de la glande parotide chez le nourrisson est dominée par les tumeurs vasculaires le plus souvent congénitales et en règle bénignes et par les tumeurs malignes dont le carcinome est la variété la plus fréquente.

L'observation qui fait l'objet de cette thèse est un cas extrêmement rare d'hamartome de la parotide, rare par la nature de la lésion de même que par sa localisation parotidienne.

Dans ce travail, nous insisterons sur la bénignité de l'affection et la conduite chirurgicale qui doit sanctionner le diagnostic.

Nous exposerons tout d'abord le cas qui a été observé et opéré dans le service du Professeur Laurence à l'Hôpital Bretonneau.

L'enfant Lab... Gualbert, enfant martiniquais né le 31. 8. 1963 à la maternité de l'Hôpital Bretonneau pèse à la naissance 2. 900 grammes en bon état général ; la mère a eu une grossesse et un accouchement normaux ; dans ses antécédents on note un premier enfant décédé d'une malformation cardiaque.

L'examen à la naissance note :

- une volumineuse tumeur déformant le côté droit du visage de l'enfant ; cette tumeur est aplatie en galette, s'étend de la mastoïde en arrière au milieu de la joue en avant, atteint la première articulation tempero-maxillaire en haut et déborde l'angle de la mâchoire en bas.

La peau qui la recouvre est d'aspect et de coloration normale. La tumeur dédouble le lobule de l'oreille. Elle est faite de noyaux juxtaposés, fermes mais non durs qui n'adhèrent pas à la peau et qui sont mobiles sur les plans profonds en avant ; en arrière, par contre, il semble que la tumeur plonge dans le sillon maxillo-mastoïdien et y soit fixée ; il n'y a pas de prolongement pharyngé. On peut voir à l'ouverture de la cavité buccale l'orifice du canal de Sténon à droite comme à gauche.

L'examen clinique ne montre aucune asymétrie de la face : il n'y a pas de paralysie faciale. Les chaînes ganglionnaires sont libres : aucune adénopathie satellite ni sous angulo-maxillaire ni cervicale ; rien du côté opposé où la glande parotide n'est pas augmentée de volume ; les glandes sous-maxillaires ne sont pas modifiées non plus.

Devant l'importance de cette tumeur et afin d'en déterminer la nature, une première intervention est décidée rapidement. Le 11. 9. 63 (C. R. O. Boureau) une biopsie est pratiquée d'un noyau parotidien antérieur ; la tumeur est cylindrique, lisse, non hypervascularisée à sa périphérie ; elle se laisse facilement énucléer.

Un fragment important en est prélevé et à la coupe cette tumeur se présente comme jaunâtre, charnue, à centre hydrique. Fermeture après l'intervention avec soie sur la peau.

Visage du nouveau-né déformé par la tumeur

face et profil.

Au décours de cette intervention, épisode de diarrhée avec fièvre ; la coproculture objective des colibacilles qui entraînent la mise en route d'un traitement à la Colimycine per os.

Quelques jours après retour à l'apyrexie, les selles redeviennent normales et la courbe pondérale ascendante. Localement, la tuméfaction dure sous la cicatrice persiste ; la désunion de cette dernière n'entraîne pas l'issue de pus.

L'hypothèse de la nature thyroïdienne de cette tumeur ayant été soulevée, un test à l'iode radioactif est pratiqué : il montre que la thyroïde est bien à sa place, refoulée mais d'aspect normal sans encoche ni lacune et qu'il n'y a aucune fixation d'iode radioactif en regard de la tumeur.

Le 25. 10. 1963 l'état général de l'enfant âgé de 7 semaines étant satisfaisant, une intervention chirurgicale en vue d'ablation de la tumeur est décidée (opérateurs : M. Boureau et Louis - anésthésiste : Anglade).

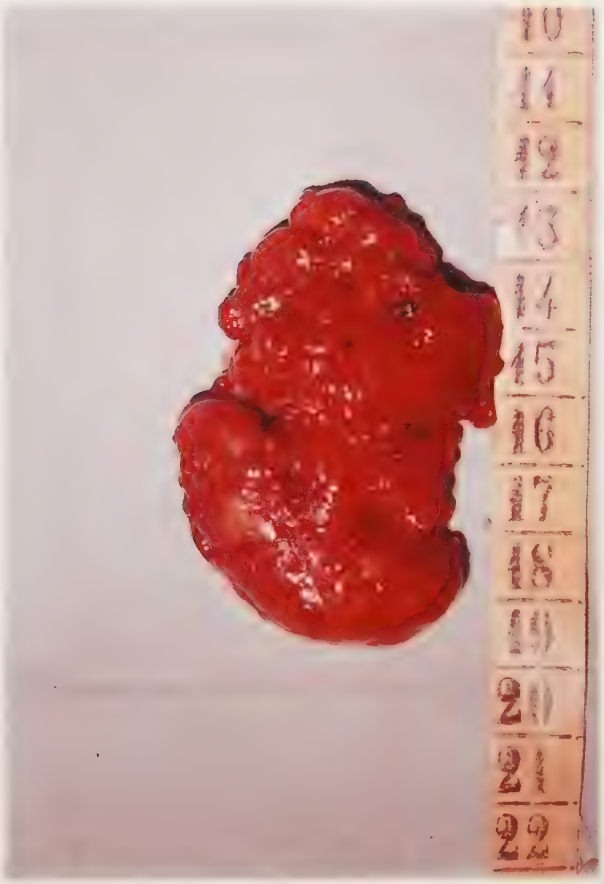
Incision verticale à 1 cm en avant du tragus ; section et ligature du pédicule temporal superficiel, puis de la carotide externe ; découverte du tronc du facial puis de ses branches ; la tumeur qu'on enlève en bloc est développée aux dépens des deux lobes de la parotide et il n'existe pas trace de parenchyme normal ; elle est mollasse en certains points, dure en d'autres endroits, mais n'a pas l'aspect d'une tumeur mixte de la parotide.

Finalement, on a conservé les deux branches de division du nerf mais on a sacrifié un petit rameau auriculaire et un autre se dirigeant vers les parties moyennes de la face ; malgré la ligature des deux pédicules supérieur et inférieur, l'intervention a été hémorragique (la maxillaire interne avait un fort calibre) ; drain aspiratif ; peau fermée en un plan.

Les suites opératoires sont bonnes quant à l'état général ; la cicatrisation se fait normalement ; il existe une paralysie faciale complète.

L'enfant sort du service le 16 novembre 1963.

Dissection du Nerf facial
et de ses branches
(25.10.1963).



La pièce opératoire

Un examen anatomo-pathologique de la pièce est pratiqué (Drapeau).

Macroscopiquement : volumineuse tumeur de 8 cm de long sur 5 cm de large ; elle est constituée de nombreux lobules assez polymorphes dont la surface est lisse.

Microscopiquement : tumeur lobulée ; les lobules sont constitués par un blastème de cellules très basophiles cernées par une couche de cellules palissadiques reposant sur une vitrée toujours bien individualisée à la coloration de la réticuline.

Au sein de ces massifs tumoraux, on voit se différencier de nombreuses cavités dont la signification est différente. Si les unes correspondent à des différenciations glandulaires vraies, elles sont alors occupées par un liquide éosinophile prenant le P. A. S. Les autres correspondent à des nécroses cellulaires, la lumière étant alors occupée par un liquide basophile alcianophyle. Le tissu conjonctif est assez dense dans son ensemble, sauf autour des massifs cellulaires où il est alors pâle, oedémateux, ayant un peu l'aspect du tissu palléal de la glande mammaire.

Au sein de ce tissu conjonctif on retrouve des cavités ayant l'aspect de canaux excréteurs. Au niveau de certaines on voit se différencier une couche cellulaire externe ressemblant un peu aux cellules myoépithéliales.

Cette tumeur reproduit sur un mode anarchique l'ébauche embryonnaire d'une glande parotide. Aussi pense-t-on pouvoir la classer dans le cadre des Hamartomes ou tumeurs dysembryoplasiques.

L'enfant est revu 4 mois après l'intervention ; de face, il ne semble pas y avoir de séquelle de la paralysie faciale ; la dépression parotidienne est encore importante ; aucune récidive locale n'est perceptible. L'enfant va très bien comme en témoigne sa courbe pondérale.

Vu très récemment à l'âge de 15 mois ; la dépression rétro-maxillaire persiste mais elle est moins importante ; il n'y a aucune trace de récidive ; pendant le sommeil l'occlusion palpébrale est complète, il n'y a pas d'asymétrie faciale, le territoire du facial inférieur est également intact.

En résumé, nous nous trouvons donc devant un cas d'Hamartome de la parotide chez un nouveau-né. Le terme d'Hamartome encore appelé dysembryoplasie par les auteurs français, provient du mot grec αμαρτανω je manque le but, je m'égare ; ce nom a été donné par Albrecht en Allemagne (1902) qui écrivit : "la plupart des éléments tissulaires d'un organe ou tous ces éléments, se trouvent assemblés dans une formation ayant l'aspect d'une tumeur mais ils y sont mal assemblés, l'un ou l'autre prédominant, ou qui y sont assemblés selon un plan architectural qui n'est pas celui de l'organe à produire ou même sans plan du tout et au hasard".

Dans notre observation, la tumeur de la parotide était caractérisée par la présence d'éléments épithéliaux et conjonctifs rappelant les constituants de l'ébauche parotidienne.

Albrecht appliquait ce terme non seulement aux tumeurs pulmonaires, mais également à d'autres telles que l'Hémangiome du foie.

Rolland étend la dénomination d'Hamartome à des lésions multiples telles que l'adénome sébacé, la sclérose tubéreuse, le phacome de la rétine et même la neurofibromatose de Von Recklinghausen.

Nous voyons qu'au sens d'Albrecht, l'Hamartome est une formation tumorale dans laquelle se trouvaient réunis, mais d'une manière incorrecte, tous les éléments caractéristiques de l'ébauche de l'organe atteint ; le plan d'assemblage des constituants de l'organe n'est pas respectée ou à peine esquissé ; l'un des constituants peut prédominer d'une manière excessive ou au contraire être totalement absent ; enfin, la différenciation de

Visage du nourrisson face et profil

(26.2.1964).

tous les composants ou simplement de l'un ou de plusieurs d'entre eux peut être trop faible ou trop grande.

L'Hamartome ne renferme que des éléments normaux mais anormalement agencés et irrégulièrement fixés à l'une ou l'autre des étapes chronologiques de leur développement (Rolland).

La dénomination qu'en donne Albrecht au début du siècle tombe complètement dans l'oubli surtout dans les publications de langue française, jusqu'en 1934. Jaeger la reprend alors en donnant, le premier avec Goldsworthy en 1934, une définition nosologique valable, les classant dans le cadre des dysembryomes hétéroplastiques didermiques à prédominance mésodermique.

Ainsi actuellement le terme d'Hamartome semble avoir prévalu car il donne de la tumeur une définition non histologique mais organogénésique et on lui ajoute le nom de la formation tissulaire prédominante qui est le plus souvent chondromateuse.

Au terme de ceci, la définition de l'Hamartome qui semble acceptée actuellement par la plupart des auteurs est celle d'une tumeur due à une malformation embryonnaire congénitale.

Selon cette théorie, la formation de ces tumeurs est le résultat d'un trouble de développement d'une ébauche d'organe évoluant de façon atypique avec arrêt du processus normal de développement. Cette malformation embryonnaire congénitale peut apparaître à un âge quelconque après la naissance.

A côté de notre cas d'Hamartome de la parotide chez un nouveau-né, les autres observations d'Hamartome chez le nourrisson retrouvées par nous dans la littérature, sont à localisation hépatique et laryngée.

En effet, un cas d'Hamartome hépatique fut observé chez un nourrisson de deux mois par Chaptal en 1962. Le nourrisson présentait une masse tumorale mobile dans la région sous-hépatique du volume d'une mandarine rattachée à la région hilaire du foie par un pédicule étroit ; l'ablation chirurgicale en fut facile.

Histologiquement, la tumeur est faite de tissu mésenchymateux plus ou moins myxoïde par endroits, pseudo-angiomateux par ailleurs et de tissu épithélial composé de nombreux canaux biliaires plus ou moins différenciés et de travées d'hépatocytes en l'absence de tout signe de malignité.

Un autre cas d'Hamartome laryngé a été observé par Lemariey chez un nourrisson qui présentait des phénomènes dyspnéiques à l'inspiration ; opéré à l'âge de 12 mois ; la résection en fut faite à la pince sous le contrôle de la laryngoscopie directe.

La tumeur était du volume d'une amande dédoublant le repli aryténo-épiglottique. L'examen histologique était pour Delarue caractéristique des hamartomes : un revêtement épithélial mince, au centre des lobules adipeux dans lesquels se voient plusieurs pédicules artériolaires accompagnés de filets nerveux et surtout de nombreuses fibres musculaires lisses ; entourant cet ensemble conjonctivo-vasculaire, superficiellement de nombreuses glandes muqueuses évidemment hyperplasiques. Il s'agissait bien d'une formation bénigne représentant une dysgénésie régionale répondant à la définition des Hamartomes.

Il existe dans la littérature d'autres localisations d'Hamartome, pulmonaire entre autres, mais qui ne sont observés que chez l'adulte et qui, par conséquent, déborde le cadre de ce travail.

A propos de ce cas de tumeur bénigne de la parotide chez un nouveau-né, nous avons passé en revue dans la littérature française et étrangère les différents types de tumeurs de la parotide que l'on pouvait diagnostiquer dans la période néo-natale et dans la première enfance.

FREQUENCE

Les différents auteurs qui se sont intéressés à la question considèrent les tumeurs des glandes salivaires chez l'enfant, et particulièrement parotidiennes, comme assez peu fréquentes.

Pour Redon, les plus fréquentes sont les tumeurs vasculaires congénitales telles que :

- angiome
- hémangiome capillaire ou caverneux
- lymphangiome
- hémolymphangiome
- lymphangiome kystique

Il y a quelques années, des études étendues ont été faites par les auteurs américains (Howard et collaborateurs, Byars et collaborateurs) sur la classification des tumeurs de la parotide chez le petit enfant.

Le travail le plus récent date de 1963 ; Shirley L., Kauffman et Arthur Purdy Stout reprennent les études antérieures et y ajoutent leurs propres observations faites dans les années intermédiaires.

Ces auteurs insistent également sur le fait que la plus commune des tumeurs de la parotide dans la première enfance est une tumeur vasculaire : Hémangioendothéliome bénin ou hémangiome ; histologiquement, il consiste en vaisseaux capillaires bordés par deux ou plusieurs couches de cellules endothéliales, le tout reposant dans des enveloppes vasculaires ; il n'est jamais encapsulé mais s'infiltre entre les acini ; le tissu de la glande salivaire est présent dans et autour de ces tumeurs.

Son évolution est toujours bénigne. Le seul ennui est la paralysie faciale que donne quelquefois sa suppression chirurgicale mais cette complication est beaucoup moins fréquente depuis que l'on connaît la situation plus superficielle du nerf facial chez le petit enfant.

Un point particulier est la fréquence des hémangiomes de la peau superposés aux hémangiomes de la parotide.

- Wawro en 1955 a publié une série de 10 observations d'Hémangiomes de la parotide chez le nouveau-né et le nourrisson ; les présentant également comme des lésions bénignes à exciser chirurgicalement.

- A l'Hôpital d'enfants de Denver, sur 20 cas de tumeurs des glandes salivaires, 10 étaient des Hémangiomes capillaires survenant chez des nourrissons de moins de un an.

- L'aspect clinique commun de ces hémangiomes parotidiens consiste en une tuméfaction indolore pendant les premiers mois de la vie ; dans certains cas coloration bleutée de la peau à leur niveau, certaines donnent une impression de kyste à la palpation, d'autres se laissent comprimer par la palpation. La tumeur est localisée à l'angle de la machoire mais souvent s'étend en avant ; parfois elle déplace le lobe de l'oreille en dehors, vers le haut ou en arrière.

Par ailleurs, il faut noter que le potentiel de croissance de ces tumeurs est maximum de 4 à 6 mois.

LES TUMEURS MIXTES OU EPITHELIOMAS A STROMA REMANIE DE REDON sont très rares chez l'enfant comparativement à leur fréquence chez l'adulte.

Howard a rassemblé 66 tumeurs mixtes chez l'enfant mais sur un total de 2309 cas, soit moins de 3 % ; en règle apparaissent plus tard dans l'enfance. Cependant 2 observations ont été publiées chez des nouveaux-nés.

Les autres tumeurs bénignes sont rares :

- le cystoadénolymphome papillaire ou tumeur de Warthin est rare mais quelques cas on été publiés cependant chez le nourrisson. Il proviendrait de restants des canaux des ganglions lymphatiques dans la parotide.

- Les lipomes, myxomes et lymphangiomes caverneux ont été vus dans des parotides d'enfants.

- Une autre tumeur bénigne de la parotide chez l'enfant est la fibromatose.

Toutes ces tumeurs sont d'une rareté telle que ce sont plutôt des curiosités.

- Egalement deux cas de Schwanome et un cas de neurofibrome de la région parotidienne et un cas de neurofibrome plexiforme enveloppant la parotide entière et le nerf facial ont été publiés par les auteurs américains, mais chez des enfants plus grands.

Nous envisagerons maintenant le groupe des Tumeurs malignes :

- Nous parlerons peu des sarcomes de la parotide chez l'enfant qui sont tellement rares que leur existence même a été mise en doute. Un seul cas publié semble digne d'intérêt : il s'agit d'un rhabdomyosarcome embryonnaire qui survint dans la parotide d'un garçon de 22 mois et s'étendait au toit de la bouche et à la cavité crânienne. L'enfant mourut rapidement et à l'autopsie aucun autre siège de tumeur primaire ne fut retrouvé.

- Les carcinomes forment un groupe fort intéressant et varié.

Des 48 cas présentés par les auteurs américains, il ressort que le carcinome mucoépidermoïde est le type le plus commun histologiquement chez l'enfant de même que chez l'adulte ; un cas a été publié chez un nourrisson de 20 mois chez lequel l'apparition de la tumeur à 20 mois était précédée par une blessure à la face à 7 mois.

Les examens de la tumeur primitive montrèrent des espaces kystiques et des cellules transitionnelles ou basales tandis que le ganglion lymphatique était rempli de cellules squameuses.

- Un cas de Zalce est un exemple de tumeur histologiquement bénigne qui métastasa, les lésions métastatiques gardant les signes de la lésion primitive.

De ces considérations, il ressort qu'il semble préférable de considérer tous les carcinomes mucoépidermoïdes de l'enfant comme à potentiel métastasant.

Nous avons trouvé un cas de carcinome publié, chez un nouveau-né (Arthur Dick - Washington). Il s'agit d'un enfant vu à 6 semaines et qui présentait dès les premiers jours de sa vie, une masse dans la joue gauche qui s'avèra être un carcinome d'origine salivaire.

- Quant aux tumeurs mixtes malignes, type fréquent chez l'adulte, elles ne semblent pas exister dans l'enfance et aucune observation n'en est publiée chez le nourrisson.

- Les cylindromes (tumeurs adéno-kystiques), les carcinomes à cellules squameuses, les adénocarcinomes sont très rares et semblent n'apparaître que chez l'enfant plus âgé. Nous avons cependant trouvé un cas publié (Mac Knight - Ohio) chez un nouveau-né noir d'adénocarcinome de la parotide.

- Le carcinome indifférencié est la deuxième variété la plus fréquente chez l'enfant et, est de loin le plus malin des carcinomes juvéniles.

Plusieurs cas ont été observés chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Un cas chez un nourrisson de 7 mois où la tumeur volumineuse gonflant la joue droite et atteignant la mâchoire fut considérée comme inopérable ; traité par radiothérapie, il mourut deux mois après ; deux autres cas métastasèrent aux poumons et aux ganglions lymphatiques.

Dans l'ensemble, rapide croissance de la tumeur avec fixation locale, souvent inopérable à l'examen initial, et courte survie du malade caractérisent ces cas de carcinome indifférencié chez le petit enfant chez lequel il se développe assez souvent, alors qu'il est rare chez l'adulte.

- Enfin, quelques cas de Tumeurs secondaires de la parotide furent publiés chez le nourrisson. Un cas est rapporté chez un enfant de 21 mois qui présentait depuis deux semaines une masse dure de 3,5 cm dans la région rétro-auriculaire gauche et maxillaire ; la parotide était pratiquement remplacée par la tumeur et une autre masse était découverte adhérente au rebord infra-temporal du conduit auditif. Toute la tumeur fut enlevée chirurgicalement ainsi que les ganglions lymphatiques longeant la carotide ; l'examen histologique authentifia un neuro-blastome.

Howard mentionne en outre deux cas de neuroblastome de la chaîne sympathique cervicale envahissant la parotide.

o0o

CONCLUSION

Au terme de cet exposé, nous voyons qu'il existe une assez grande variété de tumeurs de la parotide chez le nouveau-né et le nourrisson. Les tumeurs vasculaires bénignes sont certes les plus fréquentes, mais il existe aussi des tumeurs malignes en particulier les carcinomes.

L'Hamartome de la parotide qui est une tumeur embryonnaire est bénin ; il s'agit là d'un cas exceptionnel puisque dans la littérature que nous avons pu consulter, nous n'avons pas trouvé un seul cas semblable.

La seule attitude thérapeutique convenable est l'intervention chirurgicale. Elle doit avoir lieu rapidement, aussitôt le diagnostic fait. Il ne faut pas reculer devant le jeune âge de l'enfant ; convenablement anesthésié et réanimé, les résultats semblent excellents.

Ainsi, par une intervention précoce, on évite le risque d'une dégénérescence secondaire toujours possible pour une tumeur embryonnaire.

De plus, il ne semble pas y avoir de récidive mais nous n'avons encore dans notre cas qu'un recul d'un an, ce qui est peut-être insuffisant.

La difficulté majeure de cette intervention est la présence du nerf facial dont il faut bien savoir qu'il est extrêmement superficiel chez le jeune enfant ; on découvre chez l'adulte le trou stylo-mastoïdien dans le sillon os-

seux situé à la base du crâne derrière la racine de l'apophyse styloïde et au milieu de l'apophyse mastoïde. Chez le petit enfant, l'absence complète de pneumatisation de l'apophyse mastoïde fait que l'orifice stylo-mastoïdien est dans une position non protégée et exposé sur la face latérale du crâne ; le nerf a seulement 1 à 2 mm de diamètre et peut facilement être divisé si ces différences anatomiques entre l'adulte et l'enfant ne sont pas connues.

Même d'ailleurs, lorsque le facial n'est pas lésé, une paralysie faciale complète se voit dans les premières semaines qui suivent l'intervention, mais elle régresse ensuite complètement.

Autre ennui de cette intervention, elle est souvent très hémorragique.

Néanmoins, un Hamartome de la parotide diagnostiqué doit être opéré dans les plus brefs délais.

oooOooo

Vu, le Président de Thèse :

Pr LAURENCE.

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr CORDIER.

Vu et Permis d'Imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

1 AMBLARD (J. C.)
A propos d'un cas de cystadénolymphome de la parotide.
Thèse Bordeaux n° 40 - 1960.

2 ARTHUR (D.)
Une observation de carcinome chez un nouveau-né
Am. Journ. Surg. 87 - 673/675 1954.

3 ASSIMIS (N.)
Hamartome pulmonaire.
Thèse Paris 1956.

4 BAUER (F.)
Les tumeurs des glandes salivaires.
Thèse Genève UL 133 n° 33 1954.

5 BAUER (W. H.) BAUER (J. D.)
Classification des tumeurs glandulaires des glandes salivaires.

6 BLATTNER (R. J.)
Tumeur de la parotide chez l'enfant
Journ. of Ped. vol. 37 n° 2 281-282, août 1950.

7 BYARS (I. T.), ACKERMANN (L. V.), PEACOCK (E.)
Tumeur des glandes salivaires ayant leur origine dans l'enfance.
Ann. Surg. 146 - n° 140 1957.

8 DUBOIS (F.)
Dysembriome pharyngé du nouveau-né
Mem. Acad. Chir. 232-234 1961.

9 FEVRE et HUGUENIN
Malformations tumorales et tumeurs de l'enfant.
Masson 1954.

10 GRICOUROFF
Classification des tumeurs des glandes salivaires.
Acta Contra Cancrum T 9 840-844 1953.

11 HOWARD (J. M.), RAWSON (A. J.), KOOP (C. E.)
Tumeurs de la parotide chez l'enfant.
Surgery, Gynecology and Obstetrics 90- 307 1950.

12 KAUFFMANN (S. L.), STOUT (A. P.)
Tumeurs des principales glandes salivaires chez l'enfant.
Cancer Vol. 16 n° 10, octobre 1963.

13 KIRKLIN (J. W.), MAC DONALD (J. R.), JARRINGTON (S. W.)
Tumeurs de la parotide : considérations histopathologiques et cliniques et résultats.
Surg. Gynécology and Obstetrics 92 721-733, 1951.

14 LEMARIEY
Traité d'Oto-rhinolaryngologie infantile
MASSON 1956.

15 MAC KNIGHT (H. A.)
Tumeur maligne de la parotide chez le nouveau-né.
Am. Journ. of Surgery 45 128-130, 1939.

16 MASSON
Tumeurs Humaines
MALOINE 1956.

17 NELSON W. E.
Traité de Pédiatrie - Maloine 1961.

18 RAWSON (A. J.), HOWARD (J. M.), HORN (R. C.) Jr. ROYSTER (H. P.)
Tumeurs des glandes salivaires.
Cancer 3, 445-458, 1950.

19 REDON
Chirurgie des glandes salivaires.
MASSON 1955.

20 REIQUAM (C. W.)
Tumeurs des glandes salivaires chez l'enfant.
Archives of Surgery Février 1963
86 2 313-317.

21 VERGER (P.), BERGER (M.), LEGER (H.) et LASSERRE (J.)
Dysembryomes latéro-pharyngés du nouveau-né.
Archives Françaises de Pédiatrie.
T 21 n° 10 1241-1248 Déc. 1964.

22 WAWRO (N. W.), FREDRICKSON (R. W.), TENNANT (R.)
Hémangiome de la parotide chez le nouveau-né.
Cancer 8 595-600 mai-juin 1955.

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V^e -
ODÉ 58-90